



**FORMULARIO PARA VINCULACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE
CONTRAPARTES**

F-CT-2
Versión 1

(Debe diligenciarse en letra imprenta o computador)

Fecha Diligenciamiento Mes / Día / Año

(Espacio Exclusivo de Corporación para estudios en salud - Clínica CES)				
Tipo Contraparte	Proveedor Nal _____	Honorarios _____	Empleado _____	
	Proveedor Exterior _____	Cliente _____	Paciente _____	
	Donante _____	Contratista _____	Miembro de Junta _____	
Condición pago pactada	Plazo de pago _____	Dto Financiero _____		
1. Persona natural o representante legal				
Nombres y Apellidos _____				
Identificación (CC, CE, PA) _____				
Ciudad _____		Dirección _____		
Teléfono _____		Dirección Electrónica _____		
Fecha y lugar de expedición del documento _____ / _____ / _____ , _____				
Ocupación, oficio, profesión _____				
Realiza operaciones internacionales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Tipo de Operación: _____	
Maneja recursos públicos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Certifico que soy considerado Persona Expuesta Políticamente (PEP*), o que tengo algún tipo de reconocimiento público de acuerdo a la normatividad vigente en Colombia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
<p>*PEP: Se cataloga a personas que ocupen o ocuparon cargos públicos importantes, así como las personas de reconocimiento público político a nivel nacional, departamental, distrital y municipal; miembros de las Fuerzas militares y de Policía en grado de oficial desde el grado de Coronel; tesorero en entidades del Estado, miembros afiliados a partidos políticos, personas en ejercicio de artes (actuación, pintura, escultura, escritura, etc); con ejercicio en la farándula (actores, modelos, reinas de belleza, presentadores de TV, diseñadores, estilistas, etc); deporte, ciencias, entre otras.</p>				
2. Persona jurídica				
Razón social / Nombre y Apellidos _____				
Identificación (CC, CE, PA, NIT) _____				
Ciudad _____		Dirección _____		
Teléfono _____		Dirección Electrónica _____		
Fecha y lugar de expedición del documento _____ / _____ / _____ , _____				
Realiza operaciones internacionales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Tipo de operación: _____	
La compañía cuenta con un sistema de prevención del riesgo LA/FT	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Nombre y Cargo de Contacto _____				
Dirección Electrónica _____				
3. Datos tributarios				
	SI	NO		
Gran Contribuyente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resolución _____	Régimen común _____
Entidad sin Animo de Lucro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resolución _____	Regimen Simplificado _____
Entidad No Contribuyente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resolución _____	
Autorretenedor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resolución _____	Actividad económica en Renta _____
Responsable de IVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resolución _____	Actividad económica en ICA _____
Beneficiarios de la Ley 1429 del 2010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Código CIU _____
				Tarifa _____
4. Información para el pago				
Banco _____				
Tipo de Cuenta : Ahorros _____ Cte _____ No.Cta * _____				
5. Datos financieros.				
Año datos Financieros _____	Ventas Anuales _____	Egresos Anuales _____		
Ingresos No Operacionales _____	Total Ingresos Anuales _____	Utilidades Anuales _____		
Descripción de ingresos No Operacionales _____				
Activos	Pasivos	Patrimonio		
6. Favor anexar los siguientes documentos (* Aplica solo para personas jurídicas):				
* Fotocopia del RUT		* Certificado de composición accionaria		
* Fotocopia de las respectivas resoluciones		* Declaración de renta de los últimos dos períodos gravables		
* Certificación bancaria original		* Estados financieros certificados del último período gravable con sus notas contables		
* Declaración de origen de fondos		* Dos referencias de empresas pertenecientes al sector		
* Fotocopia de la cédula del representante legal		* Certificado de cámara de comercio, con fecha de expedición no mayor a tres meses		
Firma _____	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> Huella índice derecho			
(Representante Legal para personas jurídicas)				
TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: LA CLÍNICA CES le informa que los datos personales recopilados en este documento, se utilizan únicamente para las finalidades aquí descritas y las establecidas en su Política de tratamiento y protección de datos personales y manual de aplicación. Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013				